



STATE OF WASHINGTON  
**DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES**  
**WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)**  
**SERVIÇOS DE CUIDADO INFANTIL RELACIONADOS AO TRABALHO (WCCC)**

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
GENITOR(A)/GUARDIÃO

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DO CASO

DOBRA

Caro Requerente:

Recebemos sua solicitação de Serviços de Cuidado Infantil Relacionados ao Trabalho. Este formulário de requisição está sendo enviado em resposta à sua solicitação.

**Processaremos sua requisição e determinaremos sua elegibilidade logo que nos fornecer TODAS as informações seguintes.**

- Informações sobre a requisição/provedor de WCCC (você tem que **preencher** isso, mesmo que esteja numa atividade caracterizada como Primeiro Trabalho (WorkFirst));
- Informe a renda dos últimos três meses de sua família (por exemplo, forneça cópias de canchotos de pagamento, auxílio para filhos, Renda da Previdência Social, Renda Suplementar da Previdência (SSI), além de qualquer outra renda recebida por algum membro de sua família). Inclua seu horário de trabalho e uma pessoa para contato com número de telefone. Você não precisa fornecer comprovante de renda de auxílio financeiro do estado (TANF).
- Se você estiver empregado recentemente e não tiver canchotos, aceitaremos uma declaração de seu empregador mostrando a data em que foi contratado, do quanto está recebendo (por hora, salário, etc.) e de qual será seu horário de trabalho. Peça para incluírem na declaração uma pessoa para contato com número de telefone.
- Comprovante de pagamentos de pensão alimentícia para filhos por sentença judicial ou administrativa (se for o caso) e confirmação dos pagamentos efetuados.
- Se os serviços de cuidado infantil forem fornecidos por um provedor em casa/parente, o provedor deve satisfazer as qualificações relacionadas na página quatro deste formulário e você deve submeter os seguintes dados sobre o provedor:
  - Identidade com fotografia;
  - Cartão válido da Previdência Social ou comprovante de que o provedor pode trabalhar legalmente nos EUA, como Carteira de Visto Permanente (Green Card) ou documento de Autorização de Emprego (EAD);
  - Endereço atual; e
  - Formulário de Autorização com Antecedentes, DSHS 09-653. Você pode obter esse formulário com o funcionário que autorizou o seu WCCC. **Não será feito nenhum pagamento para serviços de cuidado infantil prestados antes da data em que se receba todos os resultados da verificação de antecedentes.**

Ligue para o número abaixo se tiver alguma dúvida.

Nome do funcionário: \_\_\_\_\_ Número de Telefone/Fax: \_\_\_\_\_



WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

**WCCC APPLICATION/ FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE WCCC**  
PARTE 1. INFORMAÇÕES SOBRE A REQUISIÇÃO

Informações incompletas podem atrasar a aprovação dos serviços de pagamento. Digite ou escreva de forma legível em letra de imprensa.

DATA:	NOME DO FUNCIONÁRIO:
ESCRITÓRIO LOCAL	
NÚMERO DE TELEFONE	NÚMERO DE FAX
NÚMERO DO CASO	DATA DE NASCIMENTO
SSN (OPCIONAL)	NÚMERO DE TELEFONE
ETINIA	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino

**CRIANÇAS SOB SUA RESPONSABILIDADE VIVENDO COM SUA FAMÍLIA**

NOME (ÚLTIMO, PRIMEIRO, INICIAL DO MEIO)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	ETINIA	NÚMERO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (OPCIONAL)	CIDADÃO DOS EUA OU RESIDENTE LEGALIZADO	RELAÇÃO COM O REQUERENTE
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

**CÔNJUGE OU O OUTRO GENITOR/GUARDIÃO DA CRIANÇA VIVENDO NA FAMÍLIA (OBRIGATÓRIO)**

NOME	DATA DE NASCIMENTO	NÚMERO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (OPCIONAL)	RELAÇÃO COM O REQUERENTE	RELAÇÃO COM AS CRIANÇAS MENCIONADAS ACIMA

**REQUERENTE**

**CÔNJUGE OU O SEGUNDO GENITOR/GUARDIÃO**

NOME DO EMPREGADOR, ATIVIDADE DE PRIMEIRO TRABALHO OU ESCOLA	NOME DO EMPREGADOR, ATIVIDADE DE PRIMEIRO TRABALHO OU ESCOLA
ENDEREÇO (TRABALHO, ATIVIDADE DE PRIMEIRO TRABALHO OU ESCOLA)	ENDEREÇO (TRABALHO, ATIVIDADE DE PRIMEIRO TRABALHO OU ESCOLA)
NÚMERO DE TELEFONE DATA DE INÍCIO	NÚMERO DE TELEFONE DATA DE INÍCIO
SE ESTIVER EMPREGADO, COM QUE FREQUÊNCIA É PAGO E QUAL É SEU SALÁRIO <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Duas vezes por mês <input type="checkbox"/> A cada duas semanas <input type="checkbox"/> Mensalmente \$	SE ESTIVER EMPREGADO, COM QUE FREQUÊNCIA É PAGO E QUAL É SEU SALÁRIO <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Duas vezes por mês <input type="checkbox"/> A cada duas semanas <input type="checkbox"/> Mensalmente \$

Você paga pensão alimentícia para filhos?  Sim  Não Valor mensal: \$

**FONTES DE RENDA BRUTA MENSAL GANHA COM TRABALHO/GANHA SEM TRABALHO DE TODOS OS MEMBROS DA FAMÍLIA**

Inclua CÓPIAS (dos três últimos meses):	NOME AUTÔNOMO	NOME	NOME	NOME
Trabalho (bruto, antes dos impostos)				
Trabalho autônomo				
Auxílio Temporário para Famílias Carentes (TANF)				
Pensão alimentícia recebida para filhos				
Previdência Social (SSI, SSA)				
Benefícios para Veteranos de Guerra (VA), Portadores de Deficiência Física, da Agência de Trabalho e Indústria				
Outros (especifique):				

Você recebe algum vale para ajuda no pagamento de habitação?  Sim  Não

### HORÁRIO DA ATIVIDADE DO GENITOR(A)/GUARDIÃO

REQUERENTE		CÔNJUGE OU SEGUNDO GENITOR/GUARDIÃO
ATIVIDADE (TRABALHO, ESCOLA, ATIVIDADE DE PRIMEIRO TRABALHO)		ATIVIDADE (TRABALHO, ESCOLA, ATIVIDADE DE PRIMEIRO TRABALHO)
	QUAL É SEU HORÁRIO DE TRABALHO, ESCOLA, ATIVIDADE DE PRIMEIRO EMPREGO?	QUAL É SEU HORÁRIO DE TRABALHO, ESCOLA, ATIVIDADE DE PRIMEIRO EMPREGO?
Segunda-feira		
Terça-feira		
Quarta-feira		
Quinta-feira		
Sexta-feira		
Sábado		
Domingo		

Em que dia será iniciado o serviço de cuidado infantil:

### HORÁRIO DE ATIVIDADE DOS FILHOS

NOME DOS FILHOS:	HORÁRIO ESCOLAR (DIAS E HORAS EXATOS)	HORÁRIO ESCOLAR (DIAS E HORAS EXATOS)

Você tem algum filho com Necessidades Especiais?  Sim  Não Caso positivo, entre em contato com o Funcionário de Autorização para obter informações sobre o valor dos pagamentos para necessidades especiais.

### DIREITOS A AUDIÊNCIA

Você tem direito a uma audiência. Para solicitar uma audiência, entre em contato com este escritório ou escreva para o Escritório de Audiências Administrativas, Caixa Postal 42489, Olympia WA 98504-2489. Você deve solicitar sua audiência dentro de 90 dias após a data em que recebeu a decisão. Na audiência você tem direito de representar a si próprio, ser representado por um advogado ou por alguma outra pessoa de sua escolha. Você pode receber conselho jurídico ou representação entrando em contato com um escritório de serviços jurídicos.

**Declaro sob pena de perjúrio que, tanto quanto eu saiba, as informações que prestei nesta declaração são verdadeiras, corretas e completas e sei que se der informações falsas intencionalmente estarei sujeito às penalidades previstas na Legislação do Estado de Washington. (Revisão do Código de Washington (RCW) 74.08.055)**

ASSINATURA DO GENITOR PRINCIPAL/GUARDIÃO LEGAL	DATA:	ASSINATURA DO SEGUNDO GENITOR/GUARDIÃO LEGAL	DATA:
---	-------	---	-------

### BENEFÍCIOS MÉDICOS PARA SEUS FILHOS

Você sabia que você pode receber cobertura médica e dentária para seus filhos? Não há lista de espera e é tão fácil quanto contar 1 - 2 - 3!

- Você está recebendo algum outro tipo de auxílio do estado como, por exemplo, vales de alimentação ou auxílio financeiro?
  - SIM:** Ligue para o funcionário financeiro encarregado de seu caso e solicite cobertura médica para seus filhos.
  - NÃO:** Ligue para o número do telefone gratuito de auxílio Médico para Filhos 1-800-204-6429.
- Forneça ao funcionário as informações de que precisam para ver se você é elegível. Pode ser que já tenham essas informações ou que possam recebê-las pelo telefone.
- Receba o cartão médico pelo correio.

**Não espere – a cobertura médica para seus filhos está apenas à distância de um telefonema!**

**A discriminação é proibida em todos os programas e atividades: Ninguém poderá ser excluído devido a raça, cor, religião, credo, nacionalidade, sexo, idade, estado civil, por ser veterano de guerra ou veterano da guerra do Vietnã com deficiência física, ou portador de deficiência física.**



WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)  
**WCCC APPLICATION**  
**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE WCCC**  
 PARTE 2. INFORMAÇÕES SOBRE PROVEDOR  
 (DEVE SER PREENCHIDO PELO GENITOR(A)/GUARDIÃO E PELO PROVEDOR)

<b>DATA:</b>
<b>NOME DO FUNCIONÁRIO:</b>
<b>ESCRITÓRIO LOCAL</b>
<b>NÚMERO DE TELEFONE/FAX:</b>
NÚMERO DO CASO
NOME DO PROGENITOR(A)/GUARDIÃO
NÚMERO DO PROVEDOR
DATA PREVISTA PARA INÍCIO DOS SERVIÇOS DE CUIDADO INFANTIL

Digite ou escreva de forma legível em letra de imprensa.  
 Informações incompletas podem atrasar a aprovação do pagamento.

**1. NOME E ENDEREÇO DO PROVEDOR**

O nome, endereço e número de telefone do provedor que nos for dado constitui informação de caráter público, podendo ser passada para qualquer pessoa que a solicite.

**2. TIPO DE CUIDADO INFANTIL: MARQUE A CAIXA CERTA PARA IDENTIFICAR O TIPO DO SERVIÇO DE CUIDADO INFANTIL QUE VOCÊ FORNECE**

<input type="checkbox"/> Cuidado Infantil	NÚMERO DE SSN OU DE IDENTIFICAÇÃO TRIBUTÁRIA FEDERAL (TIN) DO PROVEDOR		DATA DE VENCIMENTO DA LICENÇA	
<input type="checkbox"/> Casa de Cuidado Infantil Familiar	NÚMERO DE SSN OU DE IDENTIFICAÇÃO TRIBUTÁRIA FEDERAL (TIN) DO PROVEDOR		DATA DE VENCIMENTO DA LICENÇA	
<input type="checkbox"/> Prestação de Cuidados na Casa da Criança; ver Página 4, Seções 5 e 7.	SSN DO PROVEDOR	18 ANOS OU MAIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DATA DE NASCIMENTO	RELAÇÃO COM A CRIANÇA
<input type="checkbox"/> Prestação de Cuidados na Casa de um Parente; ver Página 4, Seções 6 e 7.	SSN DO PROVEDOR	18 ANOS OU MAIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DATA DE NASCIMENTO	RELAÇÃO COM A CRIANÇA

**3. COLOQUE OS DIAS E AS HORAS QUE VOCÊ IRÁ FORNECER SERVIÇOS DE CUIDADO PARA AS SEGUINTE CRIANÇAS**

NOMES	DATA DE NASCIMENTO	DIAS E HORAS EM QUE OS SERVIÇOS DE CUIDADO SERÃO PRESTADOS, ESPECIFICANDO SE SÃO ANTES OU DEPOIS DO HORÁRIO ESCOLAR

**4. PROVEDOR: COLOQUE OS PREÇOS POR DIA QUE VOCÊ COBRA PARA CUIDAR DE CRIANÇAS**

Quais são os preços que você normalmente cobra do genitor(a)/guardião?  Estas informações devem ser prestadas antes de o pagamento ser autorizado.	BEBÊ \$	CRIANÇA QUE COMEÇA A ANDAR \$	TAXA DE REGISTRO <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/> UMA VEZ <input type="checkbox"/> TAXA PARA PASSEIOS	CASO POSITIVO, O VALOR: <input type="checkbox"/> POR CRIANÇA <input type="checkbox"/> POR FAMÍLIA \$ _____ POR MÊS PREÇO
	IDADE PRÉ-ESCOLAR \$	IDADE ESCOLAR \$		

Entre em contato com o Funcionário de Autorização para saber o valor dos pagamentos para crianças com necessidades especiais.

Entendo que o preenchimento deste formulário não garante o pagamento. Se a criança for autorizada, concordo em prestar os serviços de cuidado infantil pelo meu preço habitual ou pelo preço do DSHS, o que for menor.

ASSINATURA DO PROVEDOR <input type="checkbox"/> Diretor <input type="checkbox"/> Outro prestador de serviços de cuidado que não seja um parente <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Proprietário <input type="checkbox"/> Prestador de cuidados que é um parente	DATA:	NÚMERO DE TELEFONE E FAX (INCLUA O DDD)
---	-------	---

**PARA USO EXCLUSIVO DA AGÊNCIA:**  Marque a caixa se as informações sobre o provedor licenciado tiverem sido obtidas por telefone.

## 5. GENITOR(A) PREENCHER SE OS SERVIÇOS DE CUIDADO FOREM PRESTADOS EM SUA CASA

As seguintes informações são necessárias quando os serviços de cuidado infantil são prestados em sua casa por um filho seu adulto ou seu genitor(a). Se você mora com o provedor, consideramos a casa do provedor como sendo a sua também. Preencha 1, 2, ou 3. As informações incompletas podem retardar o pagamento.

1. **O provedor é meu filho/a** (natural, enteado, adotado ou de criação) de 18 a 20 anos de idade.  Sim  Não
2. **O provedor é meu genitor(a)** (natural, padrasto/madrasta, pai(mãe) adotivo ou de criação).  Sim  Não  
Caso positivo, marque a caixa abaixo que se aplica a você (a pessoa que solicita os serviços de cuidado infantil e não o provedor de serviços de cuidado infantil).  
 Sou viúvo/a:  Sou divorciado/a e não me casei outra vez.  Sou casado, separado ou nunca me casei.  
 Moro com cônjuge portador de deficiência física que não pode cuidar de meu filho pelo menos durante quatro semanas consecutivas de um trimestre do ano civil.
3.  **Nem o item 1 nem o 2 aplicam-se a meu caso** (a pessoa que solicita serviços de cuidado infantil e não o provedor).

## 6. O PROVEDOR PREENCHE SE OS SERVIÇOS DE CUIDADO INFANTIL FOREM PRESTADOS FORA DA CASA DA CRIANÇA

O provedor deve ser um parente adulto. O parente deve fornecer ao departamento os nomes e as datas de nascimento de todas as pessoas de 16 anos de idade ou mais que morem com tal provedor. Relacione APENAS os nomes de membros da família que tenham 16 anos de idade ou mais.

NOME	DATA DE NASCIMENTO	NOME	DATA DE NASCIMENTO

Eu certifico que as pessoas relacionadas acima são os únicos indivíduos com 16 anos de idade ou mais que residem comigo. Entendo que estas pessoas estarão sujeitas ao mesmo processo de inquirição de antecedentes que eu. Entendo também que se uma outra pessoa, de 16 anos de idade ou mais, mudar-se para minha casa enquanto eu for um provedor autorizado de WCCC, devo notificar o genitor(a) imediatamente.

ASSINATURA DO PROVEDOR

DATA:

## 7. CERTIFICAÇÃO DO GENITOR(A) E DO PROVEDOR

Você, o provedor, é cidadão dos EUA ou estrangeiro legalmente habilitado para trabalhar nos EUA?  Sim  Não

Para ser um provedor em casa/parente, você tem que:

- Ter 18 anos de idade ou mais.
- Prestar serviços de cuidado infantil apenas na casa das crianças. Os serviços devem ser prestados na casa do provedor apenas se ele/ela for um dos seguintes parentes das crianças; tio/tia, avô/avó, irmão/irmã que morem fora de casa ou tia avó, tio avó ou bisavós.
- Não ter antecedentes criminais que desqualifiquem de acordo com o WAC 388-290-0160 ou WAC 288-290-0165.
- Ser são física e mentalmente o suficiente para atender às necessidades das crianças que estão sendo cuidadas. Se o departamento pedir, o(s) genitor(es) devem fornecer comprovante por escrito de que são física e mentalmente são o suficiente para prestar serviços seguros de cuidado infantil.
- Ser capaz de cuidar de uma criança sem fazer uso de castigos físicos ou abusos mentais.
- Prestar serviços de cuidado infantil em uma casa segura.
- Estar informado sobre práticas de saúde básicas, prevenção e controle de doenças infecciosas, e sobre vacinas.
- Cuidar e supervisionar constantemente, e proporcionar atividades de acordo com as necessidades de desenvolvimento infantil.
- Comunicar Imediatamente ao(à) genitor(a) qualquer notificação de condenações criminais ou acusações pendentes contra você próprio ou qualquer pessoa da família que tenha 16 anos de idade ou mais, quando os serviços de cuidados são realizados fora da casa da criança.
- Não ser genitor(a) biológico, padrasto/madrasta, pais adotivos, guardião legal, representante dos pais, nem o cônjuge de nenhum desses indivíduos.

## 7. CERTIFICAÇÃO DO GENITOR(A) E DO PROVEDOR

Eu, na qualidade de genitor(a)/guardião, certifico que meu provedor em casa/parente satisfaz os requisitos relacionados acima. Entendo que:

- Se eu não puder dar essas garantias, o pagamento não será autorizado.
- Certas informações sobre antecedentes podem desqualificar meu provedor. É da responsabilidade de meu provedor comunicar-me imediatamente se ele ou qualquer pessoa de 16 anos de idade ou mais que vivam com o ele quando os serviços de cuidado são prestados fora da casa da criança, estão sendo acusados ou condenados por algum crime. Sou então responsável por comunicar imediatamente ao meu funcionário encarregado de serviços de cuidado infantil do DSHS.
- **Não será feito nenhum pagamento para cuidado infantil prestado antes da data em que sejam recebidos todos os resultados da verificação de antecedentes.**
- Devo notificar os funcionários encarregados de WCCC dentro de cinco dias, se este provedor parar os serviços de cuidado infantil.
- Meu provedor não será pago por cuidar de mais de seis crianças ao mesmo tempo (nas mesmas horas e dias).
- Não posso ter mais de três provedores em casa/parente autorizados para pagamento ao mesmo tempo durante meu período de elegibilidade. Apenas um desses três provedores podem ser um provedor de reserva (alternativo). Posso usar um provedor licenciado/certificado de reserva para serviços de cuidado infantil.

**Declaro sob pena de perjúrio que, tanto quanto eu saiba, as informações prestadas por mim nesta declaração são verdadeiras, corretas e completas e sei que a falsificação intencional destas informações por mim pode sujeitar-me às penalidades previstas na Legislação do Estado de Washington. (Código de Washington Revisto (RCW) 74.08.055)**

ASSINATURA DO  
PROGENITOR(A)/GUARDIÃO

DATA:

ASSINATURA DO PROVEDOR

DATA:

### PROVEDORES DE TODOS OS SERVIÇOS DE CUIDADO INFANTIL

**Ao aceitar os pagamentos para serviços de cuidado infantil do DSHS, o provedor concorda com o seguinte:**

O DSHS reserva a si o direito de negar a aprovação/autorização de qualquer solicitação para serviços de cuidado infantil.

**Observação sobre notificação do provedor:** Embora os funcionários tentem agir assim, o DSHS não é obrigado a avisar os provedores de serviços de cuidado infantil com antecedência se os benefícios forem reduzidos ou cancelados. Observe a data de elegibilidade da família conforme indicada no aviso de autorização de pagamento do Sistema de Pagamento de Serviços Sociais (SSPS). Os provedores licenciados/certificados podem entrar em contato com o funcionário encarregado da autorização para obter uma cópia do folheto de informações do provedor, "Subsídios de Filhos, Um Folheto para Provedores de Serviços de Cuidado Infantil Certificados," DSHS 22-877(X).

**Pagamentos Adicionais:** Os provedores licenciados e certificados não podem obrigar os genitores/guardiões a pagar a diferença entre o que o DSHS autoriza para serviços regulares de cuidado infantil e os preços habituais do provedor. O provedor não pode obrigar um cliente a procurar terceiros para fazer pagamentos adicionais nem para fazer um pagamento complementar.

O provedor pode cobrar mais de um cliente do DSHS quando o genitor(a)/guardião:

- Exige serviços de cuidado infantil que excedem o valor do serviço autorizado devido a motivos pessoais (ex: o genitor(s)/guardião se atrasa para pegar as crianças porque foi fazer compras); ou
- Solicita programas de enriquecimento opcionais (ex: ginástica olímpica, balé, etc.) para as crianças.

**Os provedores não são empregados do DSHS:** O provedor e seus funcionários que atuam segundo este acordo não são funcionários nem agentes do DSHS. O provedor não poderá alegar que é um executivo ou funcionário do DSHS ou do Estado de Washington, nem poderá alegar nenhum direito, privilégio ou benefício que acumule ao de um funcionário de serviço civil segundo a RCW do Capítulo 41.06.

Os preços dos serviços de cuidado infantil são estipulados pelo DSHS e os impostos podem ser retidos na fonte quando apropriado. O DSHS informa os ganhos dos serviços de cuidado infantil ao Serviço da Receita Federal (IRS). Os provedores recebem um formulário 1099 ou W-2 pelo final do mês de janeiro de cada ano. O formulário é enviado para o último endereço que o DSHS tem arquivado.